

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

### ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЯ НАДОСТНОЙ МЫШЦЫ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Аскерко Э.А., Дейкало В.П.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

**Введение.** Частичные повреждения сухожилия надостной мышцы проявляются нарушением плече - лопаточного ритма и болевым синдромом. До настоящего времени не решены окончательно вопросы лечения застарелых частичных повреждений сухожилия надостной мышцы [5,6,7], т.к. использование для этой цели открытой акромиопластики, предложенной С.С. Neer [8] или артроскопической (Н. Ellman) [4], дает стабильно неутешительный результат, доходящий до 15-40 и более процентов у больных среднего и пожилого возраста [10]. В последние годы много внимания уделяется малоинвазивной технике [3]. Однако, по данным А. Pearsall с соавторами (2007) использование ее ограничено для оперативного лечения пациентов со значительными сроками давности патологии мышц, а выполнение в чистом виде восстановления анатомии, используя лишь артроскопическое оборудование, невозможно, артроскопическое вмешательство дополняется "mini-open repairs" [9]. Аналогичного мнения придерживаются многие хирурги [1].

**Цель** исследования: разработка нового, малоинвазивного способа лечения частичных повреждений сухожилия надостной мышцы у больных среднего и пожилого возраста.

**Материал и методы.** Клиника травматологии и ортопедии Витебского государственного медицинского университета располагает опытом оперативного лечения 77 больных с частичными повреждениями сухожилия надостной мышцы в возрасте от 45 до 68 лет.

Оперативное вмешательство проводили в положении "шезлонга" пациента, доступ к сухожилию осуществляли при помощи разреза Лангенбека, в последующем эполетного. На первоначальном этапе нашей работы при частичных повреждениях сухожилия надостной мышцы, в 12 случаях выполняли подакромиальную декомпрессию, дополненную резекцией клювовидно-акромиальной связки. Однако в последующем мы убедились в том, что в ряде случаев такой объем операции не обеспечивает полноценного восстановления функции верхней конечности. В связи с этим мы разработали способ лечения застарелых частичных повреждений ротаторной манжеты плеча (Патент № 4943). Суть которого заключается в восстановлении функции активного отведения плеча за счет отсечения сухожилия надостной мышцы в зоне прикрепления к большому бугорку плечевой кости с костной пластинкой, натяжении путем дистального перемещения с фиксацией спонгиозным винтом и дополнительным наложением блокирующего трансоссального шва в зоне естественной инсерционной площадки. Данная методика применена нами у 39 больных [2]. В дальнейшем, при анализе ближайших исходов оперативного лечения мы наблюдали миграцию конструкции,

блокирование ею подакромиального пространства и как следствие невозможность дальнейшего отведения плеча. Данная ситуация требовала оперативного вмешательства, направленного на удаление конструкции при неразработанном плечевом суставе. Это значительно увеличивало общие сроки реабилитации больных. Поэтому нами разработан и успешно применен в клинике способ латерализации сухожилия надостной мышцы при лечении его частичных повреждений у 26 пациентов.

Во всех случаях реконструкцию сухожилия надостной мышцы дополняли различными по объему декомпрессионными вмешательствами.

Для оценки результатов лечения использовали разработанную нами индексную шкалу учитывающую в баллах ряд индексов с обобщением в средний клинический индекс (СКИ). Хороший результат был при 4,0-5,0 баллах, удовлетворительный при 3,0-3,9 и неудовлетворительный 1,0-2,9. Обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием стандартного пакета статистических программ "Statistica" (версия 5,0).

**Результаты и обсуждение.** Исходы лечения изучены от 2 недель до 60 мес. (средний срок  $39,11 \pm 4,05$  мес.). При анализе результатов лечения, исходный фон по СКИ у больных с различными клиническими проявлениями достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался между собой, если при импинджмент синдроме он составил  $3,87 \pm 0,16$ , то при псевдопараличе  $1,76 \pm 0,09$ , а при замороженном плече  $1,21 \pm 0,12$ . Необходимо отметить, что исходный фон по СКИ между травматическими и дегенеративными повреждениями достоверно не отличался. Подакромиальная декомпрессия надостной мышцы выполненная нами в 12 случаях у больных с частичным повреждением позволила получить хорошие результаты в сроки наблюдения (средний срок  $26,19 \pm 6,08$  мес.) при СКИ  $= 4,79 \pm 0,18$  и величине раскрытия плече-лопаточного угла (ПЛУ)  $= 77,76 \pm 7,01^\circ$ . Однако, в более отдаленные сроки (средний срок  $44,11 \pm 0,06$ ) у 7 (58,33%) пациентов СКИ достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался от предыдущих данных, так СКИ  $= 3,50 \pm 0,09$  и ПЛУ  $= 56 \pm 3,02^\circ$ . Таким образом, выполнение декомпрессии без учета функционального состояния надостной мышцы (в результате частичного его повреждения) в относительно ближайшем времени может увеличить величину раскрытия ПЛУ, однако в дальнейшем возрастающая супрессия дельтовидной и надостной мышц, ведет к усугублению патологического процесса с нарастанием болевого синдрома, ограничением активного и пассивного отведения плеча с появлением рентгенологических признаков "акромиально-бугоркового" артроза.

Устранение функциональной недостаточности надостной мышцы, как основного фактора нестабильно-

сти плечевого сустава при застарелых частичных повреждениях является первоочередной задачей. Это достижимо за счет ликвидации биомеханических нарушений первой фазы плече-лопаточного ритма путем использования предложенной нами методики, что ведет к стабилизации ПС, а также с учетом вышесказанного позволяет проводить адекватное восстановительного лечения этого контингента больных. Так, исходы оперативного лечения с использованием предложенной нами методики (Патент № 4943) позволили получить хорошие результаты в сроки 12,09 ± 0,05 мес. при СКИ=4,7±0,02 и величине раскрытия ПЛУ= 79,62±0,09 град. Однако, выполнение способа латерализации сухожилия надостной мышцы при ее функциональной несостоятельности исключало повторное оперативное вмешательство и способствовало значительному сокращению общих сроков реабилитации 6,25±1,12 мес. (СКИ=4,79±0,10 и ПЛУ=1,12±6,18 град).

#### **Выводы.**

Таким образом, декомпрессия надостной мышцы без учета ее функциональной состоятельности является неоправданным вмешательством. Выполнение предложенной нами методики лечения застарелых частичных повреждений РМП позволяет получить хорошие результаты (СКИ-4,92±0,01) с восстановлением двигательной активности в более отдаленные сроки. Оптимальным, с нашей точки зрения, является способ латерализации сухожилия надостной мышцы, дающий полноценное восстановление функции плечевого сустава в сроки 6,25±1,12 мес. при СКИ, соответствующим 4,79±0,10 баллам.

#### **Литература:**

1. Миронов, С.П. Атлас артроскопической хирургии

плечевого сустава / С.П. Миронов, С.В. Архипов. - М.: ЛЕСАПарт, 2002. - 176 с.

2. Способ лечения застарелых частичных повреждений ротаторной манжеты плеча: пат.4943 Респ. Беларусь, МПК7 А61В 17/56/ М.Г. Диваков, Э.А. Аскерко; заявитель Вит. гос. мед. ун-т.- № а19990544; заявл.01.06.99; опубл.30.03.03 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. - 2003. - № 1. - С. 89.

3. Abrams, J.S. Arthroscopic rotator cuff surgery. A practical approach to management / J.S. Abrams, R.H. - Bell.- New York: Springer Science+Business Media, 2008. - 393 p.

4. Ellman, H. P. Arthroscopic subacromial decompression: analysis of one- to three-year results / H. P. Ellman // Arthroscopy. - 1987. - Vol. 3. - P. 173-181.

5. Fukuda, H. The management of partial-thickness tears of the rotator cuff / H. Fukuda // J. Bone Joint Surg. - 2003. - Vol.85-B, N 1. - P. 3-11.

6. Galatz, L.M. Pectoralis major transfer for anterior-superior subluxation in massive rotator cuff insufficiency / L.M. Galatz, P.M. Connor, R.P. Calfee // J. Shoulder Elbow Surg. - 2003. - Vol. 12, N 1. - P.1-5.

7. McConville, O.R. Partial-thickness tears of the rotator cuff: evaluation and management / O.R. McConville, J.P. Iannotti // J. Am. Acad. Orthop. Surg. - 1999. - Vol. 7, N 1. - P. 32-43.

8. Neer, C.S. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder / C.S. Neer // J. Bone Joint Surg. - 1972. - Vol. 54-A, N 1. - P. 41-50.

9. Pearsall, A. W. The results of arthroscopic versus mini-open repair for rotator cuff tears at mid-term follow-up / A.W. Pearsall, K.A. Ibrahim, S.G. Madanagopal // J. Orthop. Surg. - 2007. - N 2. - P. 24.

10. Prochazka, P. Results of arthroscopic subacromial decompression in 50-year-old patients / P. Prochazka // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. - 2001.-Vol. 68, N 1. - P. 39-44.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Бейнер Ю.Ф., Гренков Г. И.**

**УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"**

**Введение.** При начальной клинической оценке проявлений острого панкреатита можно значительно недооценить тяжесть патологического процесса, при котором впоследствии развиваются осложнения с высокой летальностью [2]. Причина заключается в том, что клинически оценивается только физиологическая или системная реакция пациента. Рентгеновская компьютерная томография (КТ) позволяет отображать протяженность и степень повреждения поджелудочной железы, прогнозировать развитие осложнений до их клинического проявления [3]. Наиболее информативна КТ с внутривенным контрастным усилением и пероральным контрастированием желудка и тонкой кишки [1].

**Цель исследования.** Выявить частоту встречаемости КТ-проявлений острого панкреатита при различной степени тяжести воспалительного процесса.

**Материал и методы.** Обследовано 43 пациента с острым панкреатитом в возрасте от 24 до 69 лет. Диагноз

острого панкреатита к моменту исследования был установлен на основании клинических и лабораторных данных, а также данных УЗИ. Целью КТ-исследования было определение степени тяжести воспалительного процесса, а также диагностика осложнений острого панкреатита. КТ-исследование выполнялось в сроки от 4 и до 17 дней с момента начала заболевания, проводилось с помощью мультиспирального компьютерного томографа "Light Speed Pro 32". В качестве контрастного вещества использовались йодосодержащие неионные препараты омнипак и визипак.

**Результаты и обсуждение.** По совокупности патологических изменений со стороны поджелудочной железы и окружающих тканей была проведена оценка степени тяжести воспалительного процесса по Balthazar et. al, 1990 [2]. Стадия А была выявлена у 3 пациентов (6,9%), стадия В также у 3 пациентов (6,9%), стадия С у 10 пациентов (23,3%), стадия D у 17 пациентов (39,6%), стадия Е у 10 пациентов (23,3%).